Carcinomes cutanés

Dr SOUALHI

Généralités

- Les cancers cutanés épithéliaux ou carcinomes cutanés sont les plus fréquents des cancers humains en général et des cancers cutanés en particulier
- Le soleil reste de loin le facteur étiologique le plus incriminé dans leur apparition
- Si la grande majorité des carcinomes cutanés sont de bon pronostic, leur caractère *récidivant et multiple* et le fait qu'ils touchent davantage une *population âgée* font qu'ils représentent encore un grave problème de santé publique.

On distingue deux grands types de carcinomes cutanés :

– **Les carcinomes basocellulaires (CBC):**

✓ les plus fréquents (2/3 des carcinomes cutanés)

✓ sont des tumeurs d'évolution lente, essentiellement locale,

✓ Métastases exceptionnelles.



– **Les carcinomes spinocellulaires** ou épidermoïdes (CE):

- ✓ Ils représentent 1/3 des carcinomes cutanés.
- ✓ ont une évolution locale beaucoup plus agressive
- ✓ peuvent métastaser.



Les carcinomes basocellulaires (CBC)

Définition

- Le CBC est une tumeur maligne dérivant des kératinocytes touchant le sujet âgé de phototype clair.
- Se développe sur les zones exposées au soleil
- La malignité est locale(métastases exceptionnelles)
- De bon pronostic
- Avec un traitement adéquat ,la guérison est totale

Epidémiologie

- Le plus fréquent des cancers cutanés
- Les CBC touchent en France environ 70 individus pour 100 000 habitants par an.
- **L'incidence est plus élevée dans les pays ensoleillés avec une population à phototype clair**
- Sujet âgé (pic 45 et 60 ans, sans prédominance de sexe.

ETIOLOGIE

Le soleil

- Le facteur causal le plus fréquemment évoqué est l'exposition solaire.
- Deux types d'exposition solaires peuvent être néfastes :
  - les expositions intermittentes aiguës sur une peau non préparée (coups de soleil sur une courte période de vacances)
  - l'exposition chronique (expositions répétées sur de longues années au rayonnement solaire).

Le phototype clair

- les peaux les plus claires, prenant volontiers des coups de soleil, sont plus à risque que les peaux de phototype foncé, bronzant rapidement.

les radiations ionisantes

- chez les malades faisant des CBC superficiels multiples sur zones irradiées.

Maladies congénitales :

- Exp: le xeroderma pigmentosum

(qui est lié à un déficit autosomique récessif des enzymes de réparation de l'ADN)





Lésion pré-existante « PRÉCURSEUR »

- Le CBC ne survient pas sur une lésion précancéreuse

Clinique

- **Lésion élémentaire :**

- Débute par une **petite élevure rosée** de consistance **molle**
- entourée de petits grains fermes, translucides, gris ou opalins, lisses, de 1 à 2mm, **les « perles »**
- La papule devient télangiectasique et s'étale en **un petit placard dont le centre se déprime** puis **s'ulcère.**

- La Lésion est indolente et il n'ya pas d'ADP.





- **Formes cliniques:**
- Il existe plusieurs variétés anatomo-cliniques de gravité variable.

- ❑ Le CBC superficiel
- ❑ Le CBC nodulaire
- ❑ Le CBC sclérodermiforme

1.Le *CBC nodulaire :* ***la plus fréquente (60%)***

- est une tumeur unique,ferme,
- bien limitée,
- lisse, peut devenir squameuse.
- Siège essentiellement sur l'aile du nez





2.Le *CBC sclérodermiforme* *(5% des cas):*

- associe une intense fibrose à la prolifération tumorale
- se présente sous la forme d'un placard atrophique infiltré mal limité.
- Sa surface est blanchâtre
- ses limites sont imprécises.
- Surtout le visage
- Cette forme récidive plus souvent.





3.Le *CBC superficiel* ou *pagétoïde* *(10% des cas):*

- La périphérie est parsemée de plusieurs perles épithéliomateuses agencées en chapelet ,délimitant une lésions grossièrement arrondie
- Le centre est érythémato-squameux
- s’observe sur le tronc
- D’évolution tres lente



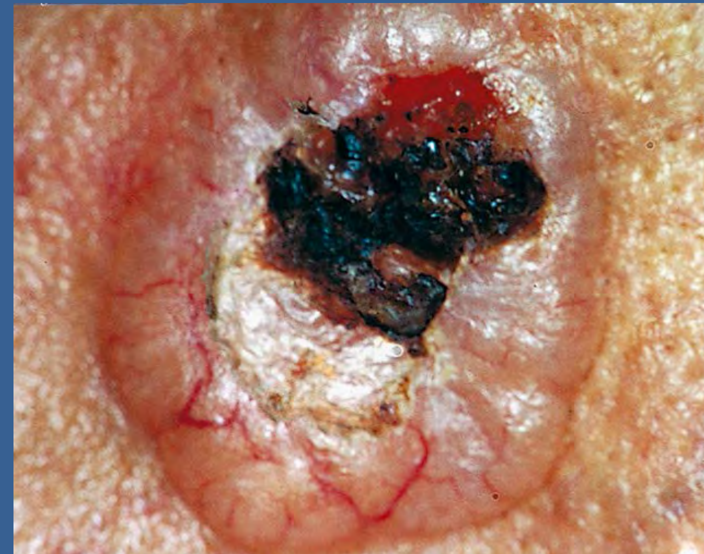
- Ces trois formes anatomocliniques peuvent être :

1. **pigmentées** ou tatouées secondairement (la présence dans la tumeur de pigments mélaniques).

2. **Ulcerées** entourée d'un bourrelet perlé.

   L'ulcération peut avoir une évolution extensive et destructrice : il s'agit de formes dites térébrantes pouvant atteindre les structures musculaires ou osseuses sous-jacentes.





- **Topographie** :
- Le CBC survient dans les zones photoexposées dans plus de 85% des cas. (surtout le visage)

- Il n’est jamais localisé sur les muqueuses

Examen Anatomie-pathologique

- L'examen anatomopathologique permet de confirmer et de préciser le type histologique

- Typiquement, le CBC est formé d'amas cellulaires compacts et arrondis de petites cellules basophiles à limites nettes

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec les autres tumeurs cutanées comme le Carcinome epidermoide

Evolution, pronostic

- Le CBC n'entraîne pas de métastase (ni ganglionnaire ni viscérale), mais a *un potentiel invasif local* pouvant entraîner des destructions tissulaires importantes.

- le degré de gravité de la tumeur s'accroît depuis la forme superficielle jusqu'à la forme sclérodermiforme ou térébrante

- Après traitement de toute forme de CBC, une surveillance régulière (tous les 6 mois puis tous les ans à vie) est recommandée pour dépister une récidive de la lésion, mais aussi en raison du risque élevé d'apparition de nouveaux carcinomes cutanés.

Traitement

❑ **CARACTÉRISTIQUES TUMORALES À PRENDRE EN COMPTE**

- Le geste thérapeutique sera toujours guidé par:
  - une analyse histologique préalable,
  - par la taille de la tumeur
  - par sa localisation.

- Enfin on tiendra compte du caractère primitif ou récidivant de la tumeur.

❑ CHOIX THÉRAPEUTIQUES

- ***la chirurgie***:

✓ c'est le traitement de choix car elle permet un contrôle histologique de la pièce d'exérèse

✓ permet de vérifier les marges d'exérèses.

- ***Les autres méthodes***
- Elles sont réservées à des malades inopérables.

✓ de la radiothérapie (électron- ou curiethérapie)

✓ et de la cryochirurgie (azote liquide).

- La chimiothérapie :

- est rarement nécessaire,
- mais peut être intéressante dans les formes de grande taille pour réduire la masse tumorale avant l'intervention.

- D'autres techniques sont en cours d'évaluation comme la photothérapie dynamique

❑ TRAITEMENT PRÉVENTIF

- Il repose sur la photoprotection et le suivi régulier des malades à risques







PHOTOTYPE	CARACTÉRISTIQUES	RÉACTION AU SOLEIL	CONSEILS DE PROTECTION
1	Peau très blanche Cheveux roux ou blonds Yeux bleus/verts Souvent des tâches de rousseur	Coups de soleil systématiques Ne bronze jamais, rougit toujours	Exposition fortement déconseillée Rester à l'ombre le plus possible, ne pas chercher à bronzer, ne jamais s'exposer entre 12 h et 16 h Au soleil, protection maximale indispensable : vêtements, chapeau, lunettes de soleil, crème solaire indice FPS très haute protection (50+).
2	Peau claire Cheveux blonds/roux à châtains Yeux clairs à bruns Parfois apparition de tâches de rousseur	Coups de soleil fréquents Bronze à peine ou très lentement	
3	Peau intermédiaire Cheveux châtains à bruns Yeux bruns	Coups de soleil occasionnels Bronze graduellement	Exposition prudente et progressive Éviter le soleil entre 12 h et 16 h Au soleil, haute protection recommandée : vêtements, chapeau, lunettes de soleil, crème solaire indice FPS haute protection (30 - 50) ou protection moyenne (15 à 25).
4	Peau mate Cheveux bruns/noirs Yeux bruns/noirs	Coups de soleil occasionnels lors d'expositions intenses Bronze bien	
5	Peau brun foncé Cheveux noirs Yeux noirs	Coups de soleil rares Bronze beaucoup	Exposition progressive Éviter le soleil entre 12 h et 16 h Au soleil, protection recommandée :chapeau, lunettes de soleil, crème solaire indice FPS protection moyenne (15 à 25).
6	Peau noire Cheveux noirs Yeux noirs	Coups de soleil très exceptionnels	

Conclusion

- Le CBC est le plus fréquent des carcinomes épithéliaux.
- Son incidence augmente en fonction du phototype .
- Il ne survient pas sur une lésion précancéreuse.
- Il n'est pas localisé sur les muqueuses.
- L'évolution est lente, purement locale.

LE CARCINOME ÉPIDERMOÏDE

Définition

- Carcinome épidermoide=carcinome spino-cellulaire
- Tumeur maligne épithéliale ,dérivant des kératinocytes
- En zone cutanée et muqueuse
- Se développe sur une lésions pré-existante (souvent:kératose actinique)
- Évolution locale,loco-régionale,et à distance
- Le pronostic est moins bon

Epidémiologie

- Son incidence *est **plus faible*** que celle des CBC : 10 à 20 pour 100 000 habitants/an en France
- Le CE, ***d'apparition plus tardive*** que le CBC, après 60 ans.
- Il représente environ 1/3 des carcinomes cutanés
- sa répartition selon le sexe est de ***2 hommes pour une femme***.

➢ Précurseurs

Contrairement au CBC, le CE survient souvent sur une lésion précancéreuse. Les plus fréquentes sont :

- ❑ les kératoses photo-induites (kératoses actiniques ou solaires ou encore dite « séniles ») ;
- ❑ les radiodermites ;
- ❑ les cicatrices de brûlures et autres cicatrices ;
- ❑ les plaies chroniques telles que les ulcères de jambes ;
- ❑ certaines lésions muqueuses (leucoplasies blanchatres)

-lésions buccales:dues au tabac

-lésions ano-génitale:dues à l'HPV 16,18,32

Etiologie

❑ **LE SOLEIL**

- L'exposition solaire est le facteur causal principal.
- Le soleil est responsable de la formation de lésions précancéreuses sur la peau photo-exposée, appelées kératoses actiniques.



❑ LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS

- Le deuxième facteur carcinogène important est viral : il s'agit des papillomavirus oncogènes.

- L'infection par ces virus prédispose aux CE des muqueuses

❑ AUTRES CARCINOGÈNES

- D’autres facteurs carcinogènes peuvent favoriser le développement des CE.

✓ l’exposition aux radiations ionisantes

✓ l’arsenic

✓ et au tabac



- **Maladies congénitales prédisposant:**

EX: le xeroderma pigmentosum, **qui est lié à un déficit autosomique récessif dans les enzymes de réparation de l'ADN**

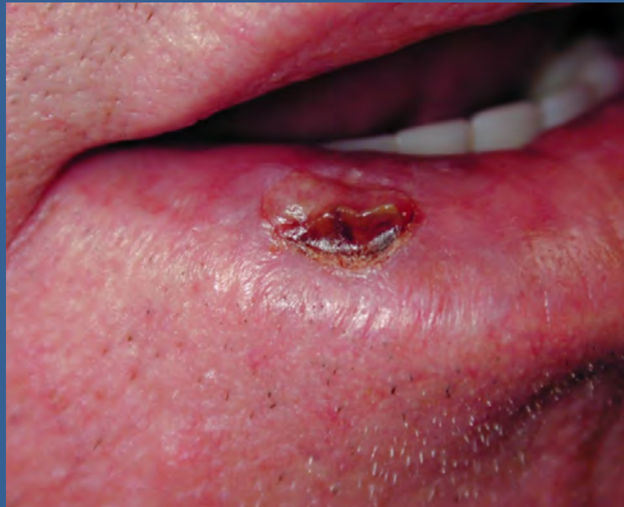
- **Immunodépression :** sujet greffé sous immunosupresseurs





Clinique :

- Il s’agit typiquement d’une lésion:
  - ✓ croûteuse,
  - ✓ jaunâtre,
  - ✓ indurée
  - ✓ avec ulcération centrale.
  - ✓ Elle peut parfois prendre un caractère végétant ou bourgeonnant.



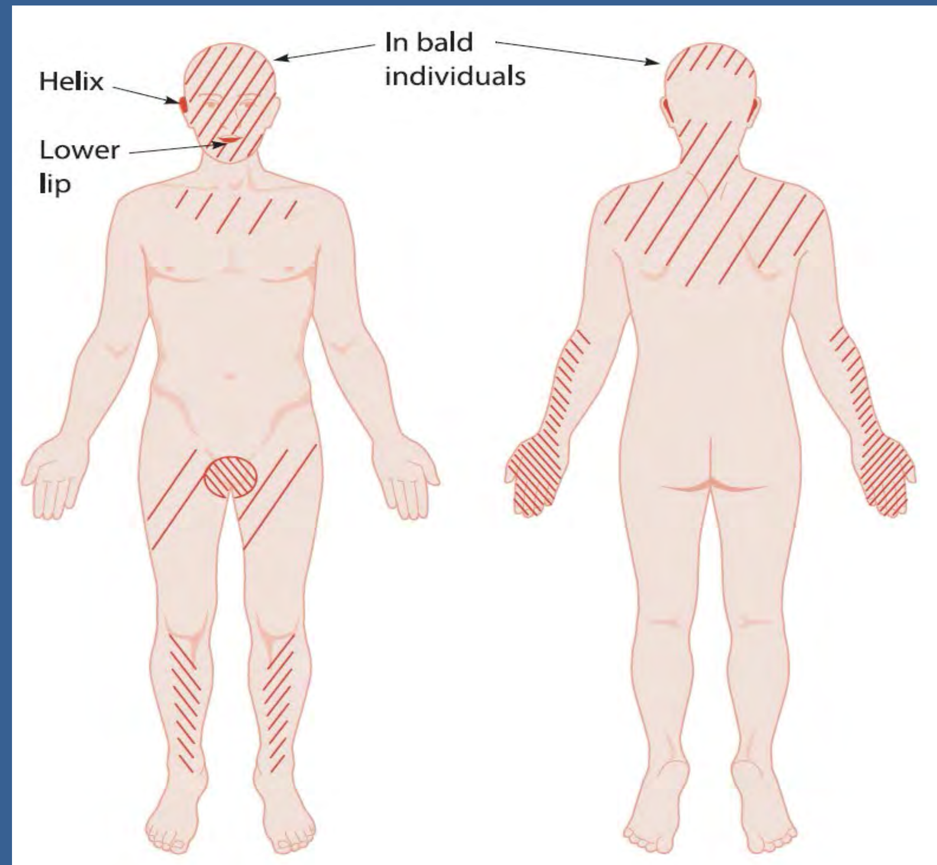








- Topographie : le carcinome epidermoide s'observe sur la peau et les muqueuses.



- Le carcinome intraépithélial (in situ) ou *maladie de Bowen* est une lésion strictement limitée à l'épiderme et n'ayant pas franchi la membrane basale. Il se présente comme une macule érythémateuse rosée ou brune, bien limitée, de caractère fixe.



Anatomi pathologie

- prolifération de cellules de *grande taille*
- *organisée en lobules ou en travées* souvent mal limitées, de disposition anarchique.,
- Une différenciation kératinisante sous forme de globes cornés,
- *nombreuses mitoses et des atypies cytonucléaires.*
- La tumeur envahit plus ou moins profondément le derme, voire l'hypoderme au sein d'un stroma inflammatoire.

Evolution, pronostic

- ***Tout CE doit être considéré comme potentiellement agressif***.

- L'évolution se fait vers ***l'extension de proche en proche*** *aboutissant aux* ***premiers relais ganglionnaires*** .

- *par* ***voie hématogène*** jusqu'aux organes internes (poumons, foie, cerveau etc.).

- Les CE muqueux (lèvres, régions ano-génitales) sont de moins bon pronostic du fait de la plus grande fréquence des extensions ganglionnaires.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Le diagnostic différentiel se pose avec les autres tumeurs cutanées

Traitement

TRAITEMENT CURATIF DE LA TUMEUR PRIMITIVE

- Caractéristiques tumorales à prendre en compte:
  - Le geste thérapeutique sera toujours guidé:
    - ✓ par une analyse histologique préalable
    - ✓ la taille de la tumeur
    - ✓ et sa localisation
  - Enfin on tiendra également compte du caractère primitif ou récidivant de la tumeur

Choix thérapeutiques

- Le traitement de choix est **la chirurgie** car elle permet un contrôle histologique de la pièce d'exérèse et permet ainsi d'affirmer son caractère complet ou non.

- Les marges d'emblée sont plus larges que pour les CBC, proches du centimètre.

Les autres méthodes :

- Elles sont schématiquement réservées à des malades inopérables ou pour certaines localisations.

- Il s’agit avant tout de la radiothérapie (électron- ou curiethérapie) et de la cryochirurgie (azote liquide).

La chimiothérapie :

- Elle peut être intéressante dans les formes de grande taille pour réduire la masse tumorale avant l'intervention.

- Sinon elle est surtout réservée aux formes métastatiques

TRAITEMENT DES ATTEINTES GANGLIONNAIRES

- Toute adénopathie suspecte sera analysée ; si son atteinte est confirmée histologiquement, un curage ganglionnaire de la région doit être réalisé.

- Ce curage pourra être complété par une irradiation de l'aire ganglionnaire en cas d'effraction de la capsule ganglionnaire

TRAITEMENT PRÉVENTIF

- ***Prévention primaire:***
  - repose avant tout sur la photoprotection
  - Campagne d'information contre le tabac et les IST
  - le suivi régulier des patients à risques,maladies génétiques
- **Prévention secondaire:**
  - le traitement des lésions précancéreuses(kératoses actiniques,leucoplasie)
  - Surveillance:cicatrices de brulures,radiodermite,ulcère de jambe
- **Prévention tertiaire:**
  - Surveillance de la cicatrice d'exérèse
  - Surveillance du reste du tégument à la recherche d'un deuxième cancer

Conclusion

- Le CE survient souvent sur une lésion précancéreuse : kératoses actiniques, cicatrices de brûlures ou de radiodermite, plaies chroniques, certaines lésions muqueuses virales à HPV.
- Il est potentiellement agressif (métastases ganglionnaires ou à distance).
- La prévention reste le meilleur traitement.

MERCI